

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO TERAPII EEG BIOFEEDBACK

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

- 1) Proszę opisać, jakie oczekiwania wiąże Pan/i z terapią EEG biofeedback

- 2) Czy dziecko ma problemy ze snem? Jeżeli tak, to jakie?

- 3) Czy dziecko ma problemy z nauką i koncentracją uwagi? Jeżeli tak, to jakie?

- 4) Czy dziecko ma problemy związane z wysokim poziomem stresu/lęku? Jeżeli tak, to jakie?

- 5) Czy dziecko korzystało już z terapii EEG biofeedback? Jeżeli tak, to od jakiego czasu i jak często?

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis)